

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

No 452

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 8 Juillet 1897, à 1 heure

Par AUGUSTE VASSAL

Né à Sainte-Sigolène (Haute-Loire), le 15 octobre 1864.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

ÉTUDE

SUR LES

RHINITES SPASMODIQUES

Président : M. GRANCHER, professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, professeur.

MARFAN et ROGER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

452

Année 1897

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 8 Juillet 1897, à 1 heure

Par AUGUSTE VASSAL

Né à Sainte-Sigolène (Haute-Loire), le 15 octobre 1864.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

ÉTUDE

SUR LES

RHINITES SPASMODIQUES

Président : M. GRANCHER, professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, professeur.

MARFAN et ROGER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		N....
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	BETTERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILÉAU.
BONNAIRE.	LETULLE.	THIERRY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHANTEMESSE.	MARIE.	TUFFIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VARNIER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTHER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	travaux anatomi-	WURTZ.
DE LILLES DE LA TOURETTE.	ques.	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA SŒUR.

A MA CHÈRE MÈRE.

A MA SŒUR.

A MES FRÈRES.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion d'observer, avec notre maître, M. le docteur H. Cuvillier, quelques cas de rhinite spasmodique périodique (asthme des foin). Nous avons pu étudier en même temps plusieurs malades atteints de cette forme de rhinite spasmodique, survenant sans époque fixe, plus connue sous le nom de coryza spasmodique. Nous avons été frappé des nombreux points de ressemblance, nous pouvons même dire de l'identité absolue des deux affections. Nous pensons que l'on est peut-être allé un peu loin en séparant des autres variétés de rhinite spasmodique, la rhino-bronchite annuelle ou asthme des foin, pour en faire une entité morbide distincte. Nous n'avons pas trouvé, dans sa symptomatologie, son étiologie et pathogénie des caractères permettant de lui donner une place à part dans le cadre nosologique.

Montrer, par l'étude comparée de l'asthme des foin et du coryza spasmodique, que ces deux maladies sont semblables, que la première ne constitue qu'une variété de rhinite spasmodique, tel est le but que nous nous sommes proposé.

Avant nous, Molinié, dans une bonne thèse, écrite

en 1894, sous l'inspiration du professeur Garel, de Lyon, avait entrepris cette démonstration.

Nous avons voulu ajouter quelques observations à celles qu'il avait publiées, et contribuer ainsi, pour notre part, à faire la preuve de cette opinion.

Qu'il nous soit permis, en terminant cet avant-propos, de témoigner notre vive gratitude à nos maîtres, dans les hôpitaux, MM. les docteurs Tillaux, Hanot, Walter, Talamon, Chaput, Bourcy et Tarnier.

Nous avons eu l'honneur d'être, pendant deux ans et demi, l'assistant de notre excellent maître et ami le docteur Cuyillier, à sa clinique particulière.

Il nous a initié à la pratique des examens oto-laryngologiques, et n'a cessé de nous donner des témoignages d'affectueuse sympathie. Nous l'en remercions bien sincèrement.

Nous prions M. le professeur Grancher, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, d'agréer nos vifs remerciements.

HISTORIQUE

C'est Heberdeen qui a signalé pour la première fois l'existence de la rhino-bronchite spasmodique. Bostock, qui en était lui-même atteint, donna le premier, en 1819, une description clinique de cette affection qui était connue dans le public sous le nom de hay fever. Bostock qui, ainsi que nous le verrons plus loin, invoquait comme cause la chaleur de l'été, l'appela catarrhe d'été.

En 1829, Gordon la désigna sous le nom de hay asthma, puis Prater, en 1831, Elliotson, 1831, King, 1843, etc., etc., en publièrent des observations.

Elle reçut différents noms : pollen catarrh. (Blackley), pollen poisoning (Beard), puis encore peach cold, ragweed fever, rose cold, chacune de ces dénominations en rapport avec la cause présumée par les auteurs.

Nous voyons que dès le début les produits de la végétation et les conditions météorologique ont joué un rôle prédominant dans l'étiologie de l'affection. Nous remarquons aussi que les premiers médecins qui se

sont occupés de cette question, sont des Anglais ou des Américains.

En 1862, en Allemagne, Phœbus de Giessen publiait un important travail, basé sur 58 observations. En 1865 Germain Sec résuma la question ; en 1867 Parrot en fit une simple variété de l'asthme.

Un des travaux les plus importants fut l'étude qu'en fit Guénau de Mussy, en deux leçons cliniques l'une en 1868, l'autre en 1872. Il mit en lumière un point étiologique d'une importance capitale, non signalé avant lui. Il montra en effet que la diabèse arthritique formait le fond sur lequel évoluait l'affection, le terrain préparé qui permettait aux agents extérieurs de jouer un rôle. Il donna à la maladie le nom de rhino-bronchite-spasmodique.

Herbert en 1872 réunit sous un même titre des cas d'asthme des foin et de coryza spasmodique, et défendit la théorie de Guénau de Mussy. Citons encore les thèses de Villemans, de Bouffier, qui parurent la même année.

Decaisne en 1873 dans un mémoire basé sur 51 cas conclut que l'asthme d'été n'est pas une entité morbide.

Giffo en 1879, Eloy en 1884 et enfin Benoit (thèse 1886, étudièrent la rhino-bronchite spasmodique.

Daly de Pittsburg en 1882 et Hack en 1883 édifièrent la théorie nasale.

Leflaive dans sa thèse en 1887 insista sur la séparation de l'asthme des foin, avec les autres rhinites

spasmodiques en fit une entité morbide spéciale, et défendit la théorie arthritique.

Parmi les autres travaux citons la thèse de Natier en 1888 qui se rallie à la théorie nasale, les articles de Ruault 1889 et de Rendu,

A l'étranger, Mac Donald et Sajous concluent à l'identité de l'asthme des foins et du coryza spasmodique.

En France Molinié (thèse 1894) se range à cette opinion et l'appuie de nombreuses observations.

Signalons en terminant, ce court historique, la thèse de Leseu en 1895, les articles de Lermoyez, dans son traité de thérapeutique des maladies des fosses nasales, et de Castex, (Le Dentu et Debet) tome V.

DÉFINITION

La dénomination de rhinite spasmodique a été donnée à un groupe d'affection du nez caractérisées par des troubles nasaux (crises d'éternuement, rhinorrhée), et oculaires (photophobie, larmoiement, dont la condition essentielle est de survenir par attaques paroxystiques (Lermoyez). A ces symptômes se joint, dans quelques cas de la dyspnée à type asthmatiforme.

Parmi les rhinites spasmodiques les unes se produisent à une époque de l'année toujours la même (asthme des foins) les autres surviennent à n'importe quel moment, ne présentant aucun caractère de régularité.

Bien que ce caractère chronologique n'ait aucune valeur nosologique, on peut distinguer utilement au point de vue thérapeutique, deux groupes :

1° La rhinite spasmodique périodique comprenant ce que l'on a l'habitude d'appeler l'asthme des foins ;

2° La rhinite spasmodique apériodique ou coryza spasmodique périodique qui apparaît toutes les fois que l'individu est soumis à la cause qui met en jeu la susceptibilité particulière de sa muqueuse nasale.

Nous commencerons notre étude par l'asthme des foins.

SYMPTOMATOLOGIE

C'est le plus souvent à la fin du mois de mai, dans la dernière quinzaine qu'éclatent les premiers symptômes, de la rhino-bronchite spasmodique. A la suite d'une promenade à la campagne, en plein soleil, le malade est pris brusquement d'une céphalalgie sus-orbitaire, avec sensation de pesanteur pénible dans toute la région frontale.

La muqueuse des fosses nasales, devient en même temps le siège de chatouillements, de picotements, qui provoquent des éternuements irrésistibles. Les éternuements se produisent avec violence, et quelque effort que fasse le malade, il ne peut parvenir à les éviter. L'action d'un rayon de soleil, un léger choc sur le nez, le plus léger attouchement de la muqueuse suffisent à les provoquer. Ils surviennent par séries, le premier en appelle un second, ils se succèdent ainsi 20 et 30 fois, constituant de véritables quintes. Les accès varient de fréquence selon la période de la maladie.

Parfois uniques au début et au déclin, on les voit paraître deux et trois fois par heure, pendant la période d'état, Ils sont constants au réveil; quelque-

fois même le malade est réveillé par eux; Lefflaive, dans sa thèse cite un exemple de ce cas particulier. Extrêmement pénibles pour le patient, ces accès d'éternuements laissent après eux une fatigue et une dépression considérables. Ils persistent pendant la première période et disparaissent généralement lorsque la sécrétion nasale de limpide et claire, devient muco-purulente, c'est-à-dire vers la deuxième ou troisième semaine.

L'écoulement nasal est un symptôme du début et apparaît dès les premières heures. Limpide, peu intense, cet écoulement devient de plus en plus abondant, il peut même être en quantité telle qu'on voit des malades obligés de se moucher constamment. On cite le cas d'un de ces derniers qui mouillait, de la sorte vingt mouchoirs par jour. A l'ombre, et dans l'obscurité, ces symptômes perdent de leur intensité et peuvent même disparaître pour reparaitre ensuite, le lendemain ou les jours suivants.

Ce liquide aqueux est très irritant; humectant l'entrée des narines et la lèvre supérieure, il provoque en ces points une rougeur très vive, avec gonflement douloureux, parfois même de petites excoriations. Au bout d'un temps plus ou moins long, deux ou trois semaines environ, la sécrétion nasale devient, épaisse, visqueuse, muco-purulente, puis diminue, disparaît, et tout rentre dans l'ordre.

Tels sont les phénomènes que l'on observe du côté des fosses nasales, les symptômes oculaires ne sont

pas moins précoces, ni moins accusés. Ils se manifestent d'abord par une sensation de démangeaison et de picotement à l'angle interne de l'œil, et au niveau de la caroncule lacrymale.

Inconsciemment et presque malgré lui, le malade est porté à se frotter les yeux, s'il cède à ce besoin, il éprouve un soulagement passager, mais ne fait qu'accroître l'irritation oculaire. On a observé de la rougeur de la conjonctive palpébrale, et de la caroncule ; la tuméfaction des paupières n'a été notée que lorsque le malade s'était livré à des frictions trop fortes et trop souvent répétées.

Le larmolement suit de près le symptôme que nous venons de décrire et contribue à entretenir l'irritation conjonctivale. Les yeux sont baignés de larmes qui s'accumulent le long de la paupière inférieure et sont une cause de gêne fonctionnelle. Lorsque la sécrétion est très abondante, on voit même se produire un véritable écoulement sur les joues.

La photophobie a été observée dans tous les cas un peu intenses.

Incapable de supporter les rayons du soleil, le patient ne ressent un soulagement qu'à l'ombre ou dans l'obscurité ; la lumière artificielle ne lui cause aucune gêne.

Comme les symptômes nasaux, les symptômes oculaires peuvent disparaître momentanément pour réparaître ensuite si le malade ne s'est pas soustrait défi-

nitivement à la cause qui les a produits une première fois.

Plus accusés au début de l'affection, ils persistent avec une intensité variable, jusqu'à la fin de la maladie, et cessent sans laisser de lésions persistantes.

Telle est la symptomatologie de cette première forme de la rhino-bronchite spasmodique, que Guénau de Mussy a décrite sous le nom de forme oculo-nasale.

En effet dans les 5/6 des cas suivant les uns, une proportion moindre suivant les autres, la maladie ne pénètre pas plus avant et se borne au catarrhe oculo-nasal.

Mais dans un certain nombre de cas, l'affection limitée aux voies respiratoires supérieures envahit la muqueuse bronchite, donnant lieu à des phénomènes de bronchite, avec toux, dyspnée asthmatiforme. Ainsi se trouve constituée la seconde forme de la rhino-bronchite, que Guénau de Mussy a dénommée, oculo-nasothoracique.

Elle n'est pas à proprement parler, une forme spéciale de la maladie, elle est seulement un stade plus avancé, une continuation de la première.

Elle n'existe jamais primitivement, mais fait suite aux symptômes que nous avons décrit précédemment et se montre habituellement vers la troisième semaine. Assez fréquemment les premières attaques d'asthme des foins se limitent à la forme oculo-nasale puis vers la cinquième ou sixième attaque la dyspnée s'établit, et reparait, l'année suivante. Dans quelques cas on l'a

vue survenir brusquement, et acquérir, dès le début, une intensité considérable; habituellement les choses se passent tout autrement. L'asthme survient graduellement: c'est d'abord une gêne respiratoire légère, passagère, qui augmente peu à peu, jusqu'à l'accès d'asthme franc. C'est surtout le soir ou la nuit que se produit l'accès, et lorsqu'il est constitué le malade présente le tableau classique de l'asthmatique, décrit par Trousseau. Aussi n'insisterons nous pas sur ce point. Vers le milieu de la nuit, ou à l'approche du jour, on voit apparaître une détente dans les symptômes, le calme renait, la dyspnée disparaît, pour réparaître le soir ou la nuit suivante. La toux, ce symptôme si pénible pour le malade, accompagne quelquefois l'accès d'asthme. Difficile et bruyante, elle se montre à la fin de l'accès et semble due à un chatouillement localisé au larynx et à la partie supérieure des voies respiratoires.

A la suite des quintes de toux on voit le patient expectorer quelques crachats, grisâtres, arrondis, très consistants, semblables aux crachats perlés que Salter a signalés dans l'asthme. Après quelques jours de l'état que nous venons de décrire, les symptômes s'atténuent peu à peu, disparaissent enfin et tout rentre dans l'ordre. La durée de l'asthme d'été est d'un mois et demi à deux mois, on l'a vu cependant persister trois mois.

Quels sont les troubles de l'état général signalés dans la rhino-bronchite spasmodique? Même dans les

cas les plus sérieux, ils sont très peu marqués, eu égard à l'intensité des symptômes. Après l'accès, on remarque du malaise, de l'abattement, une sensation de courbature passagère. Leflaive a noté de l'inappétence plus ou moins marquée. Ce dernier auteur a porté ses recherches sur les troubles apportés à la circulation générale et à la sécrétion urinaire. Nous ne donnerons pas ici le résultat détaillé de ces recherches qui ont été poursuivies pendant deux ans, sur le malade, nous nous bornerons à donner quelques indications principales.

Les urines, qui avant la crise étaient de 1500 à 1800 centimètres cubes, sont tombées au chiffre de 1000 à 1200 pour revenir progressivement à leur taux normal. L'urée subit une variation semblable : de 30 à 35 gr. elle tombe à 24 et 29 gr., elle se maintient à ce dernier chiffre pendant longtemps, jusqu'à la fin d'août et peut-être plus tard encore. La quantité d'acide urique diminue presque de moitié (Leflaive). L'albumine fait défaut, mais on a noté une petite quantité d'indican.

Existe-t-il de la fièvre ? Le nom de fièvre des foins semblerait le faire croire. La plupart des auteurs ont mis en doute cette fièvre, quelques-uns (Eloy, Benoit) ont admis à côté de la forme habituelle apyrétique une forme fébrile rare. Doit-on repousser, ou admettre cette forme fébrile ? Jusqu'à nouvel ordre, elle ne saurait être acceptée.

Jamais en effet on n'a constaté d'élévation de la température au thermomètre. L'accélération du pouls, a été mentionnée au cours des crises dyspnéiques.

Dans les cas intenses surviennent quelquefois des modifications de caractère. Le malade devient sombre, taciturne, fuit la société; Herbert a beaucoup insisté sur ces changements d'humeur qui, selon nous, n'ont aucune importance symptomatique.

L'affection ne présente pas toujours le caractère que nous venons de décrire, on peut observer tous les degrés depuis le coryza passager avec éternuements et larmoiement jusqu'à la forme bronchique avec accès d'asthme.

En outre, bien que la période d'apparition de la maladie soit en mai, on l'a vue survenir en automne avec le même cortège symptomatique.

Tel est le tableau clinique de cette affection dont le caractère le plus tranché et le plus personnel est la périodicité, qui n'a à vrai dire que ce caractère qui lui soit propre. Nous aurons lieu de rechercher, dans la suite de cette étude, si ce caractère nosologique, qui lui imprime un cachet si particulier, fait partie de la maladie elle-même, ou si cette périodicité est soumise à des causes étrangères, indépendantes du malade et de la maladie. Et nous appuyant, sur les données étiologiques et sur la symptomatologie comparée de la rhinite spasmodique périodique, nous rechercherons s'il y a lieu de laisser la première occuper une place

spéciale dans le cadre nosologique, constituer une entité morbide, ou si l'on doit lui assigner une place plus modeste dans la classe des asthmes d'origine nasale.

RHINITE SPASMODIQUE APÉRIODIQUE

Nous avons insisté peut-être un peu longuement sur la symptomatologie de l'asthme des foin; le tableau clinique que nous donnerons de la rhinite spasmodique apériodique sera plus bref. La plupart des symptômes décrits précédemment se reproduisent ici, affectant les mêmes caractères, et le même ordre d'apparition.

Sous une influence, le plus habituellement connue du malade, éclatent brusquement et en pleine santé les phénomènes suivants :

Le sujet éprouve d'abord des démangeaisons, des picotements dans le nez, bientôt suivis d'éternuements. Ces derniers, d'abord isolés au début de l'accès, deviennent bientôt de plus en plus nombreux se succédant sans interruption, et constituant, comme nous l'avons dit plus haut, de véritables quintes d'éternuement. Un catarrhe nasal s'établit, qui augmentant rapidement d'abondance, peut acquérir parfois une intensité considérable.

Le nez s'obstrue, la respiration nasale devient pénible.

Simultanément apparaissent et évoluent les symp-

tômes oculaires, qui peuvent revêtir une importance plus ou moins grande, mais font rarement défaut. C'est d'abord une sensation de démangeaison dans l'angle interne de l'œil avec besoin impérieux pour le malade de se frotter les yeux; puis survient le larmolement d'abondance variable suivant les cas.

On a signalé de la céphalée frontale, un peu d'agitation nocturne, jamais de fièvre.

La durée de l'accès est très variable, tantôt deux ou trois heures, quelquefois beaucoup plus longtemps.

Alors les éternuements cessent, la sécrétion nasale et le larmolement se tarissent rapidement, en même temps que disparaît la gêne respiratoire nasale.

Cette première forme correspond exactement à la forme oculo-nasale de la rhino-bronchite annuelle; mais comme dans cette dernière affection, les crises ne se terminent pas toujours aussi simplement; aux phénomènes oculo-nasaux viennent se joindre des symptômes thoraciques qui dominent quelquefois la scène.

Ce sont des signes de bronchite plus ou moins intense, avec accès dyspnéiques se montrant la nuit, et revêtant les caractères de la crise d'asthme ordinaire. La malade de notre observation VIII présentait des accès d'asthme chaque fois qu'elle avait du coryza spasmodique. Les sujets qui font l'objet de nos observations IX, X, XI, XIII, XV, XVII présentaient également des phénomènes dyspnéiques au cours de leurs accès.

Il n'y a pas de régularité dans la durée et l'intensité

des crises ; leur fréquence est également très variable, leur retour étant sous la dépendance de causes extérieures indépendantes du malade, et à l'influence desquelles il est exposé plus ou moins souvent. Parmi ces causes extérieures, les unes sont communes à l'asthme des foins et au coryza spasmodique, les autres sont plus particulières à cette dernière maladie.

Les premières sont : le séjour aux champs, une promenade dans les jardins, les voyages en chemin de fer, une température élevée, l'exposition aux rayons du soleil.

Les odeurs jouent un rôle prépondérant dans ces causes, le foin fraîchement coupé ou sec, les plantes aromatiques, la rose, le muguet, le lis, la lavande.

Puis des poudres pharmaceutiques, le lycopode, le camphre, l'ipécacuanha, la poudre de riz, l'héliotrope, Dans nos observations nous relevons plusieurs fois l'odeur de soufre, de chanvre, de graisse brûlée, de vernis, de lit défait, les poussières de balayures, les fumées.

Une de nos malades qui avait de la rhinite spasmodique en juin (obser. I) était prise d'accès chaque fois qu'on fumait en sa présence, ou qu'elle entraît dans une pièce où avaient séjourné des fumeurs.

Pendant le reste de l'année, elle pouvait respirer impunément l'odeur du tabac, sans qu'il en résultât aucun désagrément pour elle.

L'ingestion de certains aliments a pu dans quelques cas provoquer des accès. Molinié rapporte l'observa-

tion d'un malade qui avait du coryza spasmodique et de l'urticaire chaque fois qu'il mangeait des fraises. Ces exemples sont rares.

Le retour des accès étant soumis aux causes que nous venons d'énumérer peut présenter de grandes variations. L'apparition des symptômes peut cependant revêtir parfois un caractère de régularité factice, si les sujets s'exposent à intervalles réguliers aux influences causales. On connaît des cas de rhinite spasmodique dominicale : un jeune homme, entre autres, qui allait à la campagne tous les dimanches, avait des accès hebdomadaires.

En ce qui concerne la durée des phénomènes, on remarque les différences les plus grandes.

Habituellement courte, deux ou trois heures environ, elle peut être de douze et quarante-huit heures, et lorsque le sujet ne peut se soustraire à l'influence nocive, la période d'accès peut durer un mois et demi et plus. Nous empruntons à la thèse de Molinié l'observation d'un droguiste qui recevait tous les ans un envoi de roses de Provins dont on enlevait le pistil. Il avait des accès annuels qui duraient aussi longtemps que l'opération précitée, c'est-à-dire environ un mois et demi. (Observ. XX).

Nous voyons déjà dans l'exposé clinique des deux affections, que les symptômes sont identiques, que l'étiologie est la même, et il nous semble fort difficile d'établir entre elles une différence assez nette pour faire de la rhino-bronchite annuelle une maladie dis-

tincte. Les sujets atteints dans les deux cas sont des arthritiques ; dans leurs antécédents personnels où héréditaires on découvre presque toujours des manifestations de la diathèse, manifestations qui dans quelques-unes de nos observations ont coïncidé ou alterné avec la rhinite-spasmodique. Les deux affections sont également rares dans la classe pauvre, relativement fréquentes au contraire dans la classe aisée, où la goutte est plus fréquente.

Elles sont soumises aux mêmes conditions météorologiques et influencées également par les rayons solaires et une température élevée. L'époque d'apparition dans la vie, de 15 à 25 ans est la même, la bénignité du pronostic établit encore une ressemblance plus parfaite entre elles. Quelles sont donc les raisons invoquées par les auteurs qui font de la rhino-bronchite annuelle une affection autonome ?

Guénau de Mussy qui a très bien étudié la question, et après lui Herbert, Leflaive, se sont surtout appuyés sur la périodicité de l'asthme des foins ; c'est, en effet, un des caractères qui ont le plus influé pour établir l'unité de la fièvre des foins. Le retour en mai ou juin, à une époque de l'année toujours la même, contrastait en effet avec l'irrégularité du coryza spasmodique apparaissant subitement, sans époque fixe, disparaissant de même dès que l'influence nocive avait cessé son action.

Cette périodicité qui donne à l'asthme des foins son allure particulière n'est à notre avis qu'un caractère de

second ordre et, tout à fait indépendant de l'affection.

Elle est inhérente à la cause, dont le retour est soumis aux lois de la périodicité.

La floraison des plantes n'ayant lieu en Europe qu'une fois, de mai à la fin de juillet, on comprend que l'asthme d'été, dont le pollen est le plus souvent l'agent provocateur ne se montre qu'à cette époque. Mais en Amérique on a cité des cas de rhino-bronchite spasmodique, se produisant en automne (asthme d'automne, quand fleurit l'absinthe romaine, dont le pollen a été incriminé.

D'ailleurs ne voyons-nous pas le coryza spasmodique prendre des allures périodiques, si le malade s'expose périodiquement à leur cause provocatrice? Nous avons cité plus haut le cas de ce droguiste qui était atteint chaque année au moment où il recevait son envoi de roses de Provins. Ce cas n'est pas unique.

On a aussi insisté sur l'évolution de la maladie et opposé la durée de l'asthme des foins à la fugacité du coryza spasmodique. On a considéré l'asthme des foins comme une affection cyclique « à évolution lente et régulière » (Leflaive). A cette objection nous pouvons répondre que dans la plupart des cas de coryza spasmodique, les malades connaissent la cause provocatrice, s'y soustraient plus ou moins facilement, et diminuent ainsi la durée de la crise, tandis que dans la rhino-bronchite annuelle il est toujours à peu près impossible de se soustraire à la cause déterminante. Comment éviter en effet, d'une façon continue, et

absolue l'action du soleil, des plantes, etc., etc. De sorte que la durée de l'affection est due uniquement à la durée de la cause, dont l'influence se manifeste en mai, juin, pollen, température élevée.

D'autre part, lorsque l'on examine attentivement les cas de coryza spasmodique, on voit que lorsque la cause a continué à se faire sentir, l'évolution et la durée de la maladie ont été modifiées dans le même sens.

Nous trouvons deux cas (Molinié) où la durée fut d'un mois et d'un mois et demi. Nous rapportons des observations (IX, XIII) où l'affection dure une semaine.

Et, remarque intéressante, nous voyons dans quelques observations l'alternance du coryza spasmodique et de l'asthme des foin. Trois de nos malades (Obs. IX, XI, XIV) présentent cette particularité; ils ont pendant l'année, sous l'influence des poussières ou toute autre cause, des accès de rhinite spasmodique, et au mois de juin des crises d'asthme des foin avec la symptomatologie classique. Faut-il voir dans ces cas, une simple coïncidence, ou bien conclure de ces faits que l'affection qui évolue en juin et celle qui évolue en toute autre époque de l'année, sont identiques par leur nature et leur symptomatologie, que leur cause déterminante seule diffère. Nous sommes plus disposés à nous rallier à cette dernière hypothèse et à considérer les deux affections, comme identiques.

A notre avis c'est l'accès lui-même avec ses caractères qui constitue l'affection.

Qu'il se produise en juin, ou à toute autre époque de

l'année, qu'il dure un mois ou huit jours, qu'il soit dû à l'odeur de camphre, de soufre ou aux émanations printanières, il se présente toujours identique à lui-même, et il doit à lui seul spécialiser l'affection qu'il est seul à constituer.

ÉTIOLOGIE

Nous diviserons les causes qui président au développement de la rhinite spasmodique en deux classes : 1° les causes prédisposantes ; 2° les causes déterminantes. Ces dernières moins bien connues ont donné lieu à de nombreuses controverses, plusieurs théories ont été émises pour expliquer la genèse des accidents, nous y reviendrons, et les exposerons plus en détail au chapitre de la pathogénie. Les causes prédisposantes, bien établies par les observations cliniques ne sont pas sujettes à discussion.

Sexe. La rhinite spasmodique s'observe dans les deux sexes. Un fait à noter, cependant, c'est la prédisposition plus grande du sexe masculin. La statistique de Mackenzie donne 38 hommes et 23 femmes. Phœbus Wyman et Beard 433 hommes et 142 femmes. Molinié sur un total de 42 cas trouve 25 hommes et 17 femmes. Nous-même sur 19 observations trouvons 7 femmes pour 12 hommes.

Age. On peut rencontrer la rhino-bronchite spasmodique à tous les âges, cependant les cas observés chez

les enfants, sont rares. Elle débute en général de 15 à 25 ans.

C'est une maladie de l'âge adulte, elle s'atténue et disparaît dans la vieillesse. On l'a vue cependant, persister jusqu'à un âge avancé ; Abbos Smith, cite le cas d'une malade qui en souffrait depuis cinquante ans ; Leflaive rapporte l'observation d'une octogénaire qui avait chaque année des crises d'asthme des foin et cela depuis plus de 50 ans.

Milieu social. Tous les auteurs qui ont étudié la rhino-bronchite spasmodique ont été frappés de sa fréquence relative dans la classe riche et aisée, de sa rareté, je dirai presque de son absence totale, dans la classe pauvre. Il est bien peu d'étudiants qui dans le cours de leurs études aient eu l'occasion de l'observer à l'hôpital. Toutes les observations ont trait à des malades de la classe aisée. La maladie s'observe chez les citadins. On la signale également chez les gens de condition aisée qui habitent la campagne. Les paysans en sont exempts.

Diathèse. — L'influence de la diathèse est manifeste dans la grande majorité des cas. Dans presque toutes les observations on relève des manifestations de l'arthritisme chez les ascendants (rhumatisme, goutte, diabète, obésité), parfois, l'asthme des foin est uni chez le même malade à l'une des affections que nous venons de citer. D'autres fois, la diathèse se traduit par quel-

ques symptômes peu intenses, mais qui n'en ont pas moins leur valeur (migraines, lumbago, éruptions furonculeuses). Ainsi se trouve expliquée la fréquence plus grande de la maladie, chez les gens aisés ; c'est parmi ces derniers en effet, que l'on retrouve le plus souvent l'arthritisme.

Hérédité. — Guénau de Mussy a cité quelques observations dans lesquelles plusieurs membres de la même famille avaient été atteints d'asthme des foins. Dans la statistique de Phœbus on trouve 13 cas sur 59. On a signalé souvent les mêmes accidents chez les ascendants. Wyman signale six cas dans sa famille, et dans une autre cinq sur six personnes.

Race. — La race anglo-saxonne, comme on le sait, est plus que les autres sujette aux manifestations de l'arthritisme. C'est aussi chez elle que l'on relève le plus grand nombre de cas de rhinite spasmodique. Cette fréquence est une conséquence de la diathèse et non du climat, comme on l'avait cru d'abord. La race nègre n'en est point exempte, Mackensie en rapporte un cas.

Climat. — La rhino-bronchite a été observée sous les climats les plus variés, en Europe, en Amérique, en Egypte, dans l'Inde et en Chine. Elle semble plus fréquente en Angleterre et en Amérique, nous avons dit à quelle cause on pouvait attribuer cette fréquence plus grande, et quel était le rôle de la race.

Lésions nasales. — A côté des causes prédisposantes d'ordre général, nous croyons utile de dire quelques mots des causes prédisposantes, locales, des lésions nasales. Nous reviendrons du reste sur ce point au chapitre de la pathogénie et nous discuterons alors l'importance que l'on doit leur attribuer.

Ce sont tantôt des polypes muqueux, de la rhinite hypertrophique, un éperon de la cloison qui par leur présence apportent une gêne à la respiration nasale. D'autres fois, on n'observe aucune lésion apparente, mais lorsqu'on fait au stylet l'examen de la pituitaire on décèle la présence de certaines zones œsthésiogènes, dont l'attouchement suffit à provoquer des crises d'éternuements. Molinié dans sa thèse publie le résultat de 42 cas de rhinite spasmodique forme oculonasale, dans lequel l'examen des fosses nasales fut pratiqué. Quinze fois la muqueuse était normale, vingt fois elle présentait des lésions. Sur sept malades atteints de la forme dyspnéique deux fois il existait des lésions, cinq fois il n'en existait pas. Joal a rassemblé 127 cas de coryza spasmodique, se divisant ainsi : dans 65 cas il y avait hypertrophie des cornets ; 116 fois il y avait hypéresthésie de la pituitaire. Nous même sur 19 cas avons trouvé sept fois des lésions nasales.

Sans vouloir faire jouer à ces lésions un rôle prépondérant dans la production des accidents, il nous est

permis d'insister sur leur fréquence relativement considérable et d'en tirer ensuite les indications thérapeutiques qu'elles comportent.

PATHOGÉNIE

La question de la pathogénie de la rhinite spasmodique a donné lieu à un grand nombre de recherches ; malgré les importants travaux qu'elle a suscités, elle nous semble loin d'être résolue. De nombreuses théories ont été proposées, prétendant élucider le problème, en contradiction formelle les unes avec les autres. Et si l'on étudie ces différentes solutions, si l'on recherche la cause des divergences qui existent entre elles, on se rend compte bientôt qu'elle est due uniquement à ce fait, que les auteurs ont voulu donner une explication pathogénique en se basant sur un seul facteur étiologique, à l'exclusion des autres. Ces théories multiples peuvent se réduire à cinq : la théorie pollinique, la théorie météorologique, la théorie microbienne, la théorie arthritique et la théorie nasale.

Nous les résumerons et les étudierons dans cet ordre.

Théorie pollinique. — Cette théorie est celle qui rencontre aujourd'hui le plus grand nombre de partisans ; dans 95 pour 100 des cas d'asthme des foins (Lermoyez), on trouverait cette notion étiologique.

Pendant les mois de mai, juin et juillet, les graminées fleurissent, et leur pollen se répand dans l'atmosphère.

En suspension dans l'air ce pollen est introduit par la respiration dans les fosses nasales, et par son action irritante sur la pituitaire provoque les symptômes réactionnels de la rhinite spasmodique, Blackley a réussi à démontrer par ses expériences, que les inhalations de pollen produisaient chez quelques personnes l'asthme des foin. En Amérique, Wyman avec le pollen de l'absinthe romaine a obtenu les mêmes résultats. Quelques auteurs ont eu la prétention d'attribuer au pollen d'une seule plante l'action nuisible. Les Anglais accusent l'*antoxanthum* de Linné, les Allemands incriminent le seigle en fleur. Bien d'autres poussières odorantes jouissent de la propriété de produire les accès de coryza spasmodique.

Dans une de nos observations (observation I) l'accès était provoqué non seulement par le séjour à la campagne, mais aussi par la respiration dans une pièce où l'on avait fumé. Dans une autre, l'odeur provocatrice était indifférente. La spécificité du pollen n'est rien moins que démontrée, qu'il agisse comme cause déterminante au même titre que les autres poussières odorantes, nous ne voulons pas le nier. Mais qu'on lui reconnaisse à l'exclusion des autres poussières et odeurs le rôle d'agent causal, c'est, nous le croyons, aller beaucoup trop loin et ne pas tenir assez compte

des nombreuses observations cliniques, où il n'est pas incriminé.

Suivant Ruault, chez quelques habitants de Paris qui viennent à la ville une partie de la semaine et séjournent à la campagne le reste du temps, l'accès débute, en chemin de fer, après le départ, au moment où le train vient de dépasser les faubourgs et traverse les premiers champs cultivés.

Théorie météorologique. — Bostock, le premier, s'appuyant sur son observation personnelle, attribua son affection à l'influence atmosphérique. Dechambre croit que la cause déterminante de l'asthme d'été est d'ordre purement météorologique. Leflaive s'est rallié à cette opinion et l'a défendue. Dans la plupart des cas, les malades ont remarqué une aggravation des symptômes au soleil et une diminution, ou la disparition complète à l'ombre. C'est un fait clinique indiscutable. Quel est l'agent météorologique qui agit ? Est-ce la chaleur ou la lumière ? Dans l'état actuel, il est impossible de se prononcer. « En résumé, dit Leflaive, le soleil de mai et de juin paraît avoir une influence sur l'apparition et les redoublements de l'asthme d'été. »

Si cette théorie rend compte de certaines particularités étiologiques de la rhinite spasmodique annuelle, comment expliquer la manière d'agir de ces causes atmosphériques et ses partisans eux-mêmes sont obligés de convenir qu'à d'autres époques de l'année, la cha-

leur et la lumière solaire étant beaucoup plus intenses qu'en mai et juin, leur action n'est pas la même. Et comment expliquer en outre les accès de coryza spasmodique survenant en hiver, alors que la chaleur solaire ne peut être invoquée. Nous croyons plus sage d'accorder à ce facteur étiologique la valeur indéniable qu'il possède, sans l'exagérer et vouloir en faire la cause déterminante unique.

Théorie microbienne. — Helmholtz en 1869, découvrit dans le mucus nasal de petits vibrions groupés linéairement deux à deux. D'après cet auteur, ils ne se rencontreraient que de mai à juin, le sulfate de quinine à 1 pour 750 les ferait disparaître. Peu d'auteurs ont admis cette étiologie, et de nombreuses recherches n'ont pas permis de retrouver les vibrions décrits par Helmholtz.

Théorie nasale. — Dans un mémoire paru en 1883, Hack (de Fribourg) signalait à la partie antérieure du cornet inférieur, un tissu érectile dont la tuméfaction pouvait être la cause d'accidents. Se basant sur des faits déjà connus, s'appuyant sur de nombreuses observations, d'accidents dyspnéiques, d'accès d'asthme ayant pour point de départ une lésion de la muqueuse nasale, il rangea les rhinites spasmodiques parmi ces névroses réflexes, d'origine nasale. Cette théorie fut adoptée par un grand nombre d'auteurs. Sommerbrodt, Mackensie la développèrent, certains même, Roe,

H. Thomas affirmèrent que l'asthme des foins est toujours lié à une lésion nasale. Nous avons cité plus haut la statistique de Joal et de Molinié, nous voyons que dans un grand nombre de cas, des lésions nasales ont été constatées. Cependant il faut convenir que dans un certain nombre d'autres cas il n'existe aucune trace de lésion. Pour ceux-ci, on a dit qu'il existait sur le pituitaire des zones hyperesthésiques sans lésion apparente, zones qu'il faut détruire par les cautérisations.

Nous ne savons quelle importance on doit attacher à cette théorie ; toutefois, il faut reconnaître, et les faits cliniques le démontrent, que la modification de la muqueuse nasale, alors même qu'on ne relève pas de lésion, par les caustiques chimiques ou le fer rouge, a donné très souvent des résultats satisfaisants et est regardée comme un utile adjuvant dans le traitement de la rhinite spasmodique.

Théorie arthritique. — Lorsqu'on lit les observations d'asthme des foins, il est impossible de ne pas être frappé des manifestations de l'arthritisme que présentent les malades dans leurs antécédents, soit personnels, soit héréditaires. Il n'est presque pas de cas, lorsque la recherche en a été faite avec soin, où l'on ne relève une ou plusieurs des manifestations de la diathèse. Cette théorie est essentiellement française, et c'est dans les ouvrages des auteurs français que l'on

trouve nettement posée dans ce sens la question de la pathogénie.

Parot, Desnos, Trousseau insistent sur la parenté du coryza avec l'asthme vrai ; mais c'est Guéneau de Mussy qui, dans deux leçons faites à quelques années de distance, précise nettement le rapport de cause à effet qui relie l'arthritisme et la rhinite spasmodique. « Cette affection, dit-il, relève probablement de l'arthritisme ; on peut l'assimiler dans quelques cas au moins à certaines dermatoses arthritiques comme l'urticaire. Elle exprimerait sur les membranes muqueuses un processus morbide analogue à celui que caractérise sur la peau ces pseudo-exanthèmes. {C'est une sorte d'arthritide muqueuse. » Il semble en effet bien difficile de nier le rôle prépondérant de l'arthritisme dans la genèse de la rhinite spasmodique. Ce n'est pas seulement par son développement chez les familles goutteuses ou rhumatisantes par son alternance dans l'individu ou les ascendants avec les autres manifestations de la diathèse, c'est aussi par d'autres caractères communs qui lui donnent comme un « air de famille. » Ainsi, dans presque toutes les affections dérivées de l'arthritisme, nous voyons l'élément nerveux jouer un rôle important ; ces maladies reviennent par accès, de durée variable, subissent des exacerbations ; ne retrouvons-nous pas ces caractères dans la rhino-bronchite ? Du reste, les cas ne sont pas rares où l'on a pu voir coïncider d'autres manifestations arthritiques, eczéma, coliques hépatiques, avec l'asthme des foin, et modi-

fier l'évolution de cette dernière affection dans un sens favorable.

Dans notre observation VI, on voit apparaître un eczéma, et on constate en même temps une diminution des accès. Dans une autre (Obs. IX), l'eczéma se produisait en hiver et son intensité plus grande correspondait toujours avec la bénignité des accès d'asthme. Dans une troisième (Obs. XII), les phénomènes se passaient exactement comme dans l'observation précédente. Enfin, le malade de l'Obs. XVI présente une alternance tout à fait remarquable : à 29 ans, coliques hépatiques ; de 32 à 44 ans, asthme des foins (forme dyspnéique, rhino-bronchitique), disparition des coliques hépatiques. De 44 à 47 ans, nouvelles attaques de coliques hépatiques, cessation de l'asthme des foins. A 53 ans, eczéma dans les aisselles et aux jambes.

L'année suivante, accès d'asthme nocturnes francs qui durent un mois. Il nous semble difficile de trouver un malade chez lequel on puisse observer un nombre plus considérable de manifestations arthritiques, se produisant successivement, l'une chassant l'autre, pour ainsi dire, et existant toujours séparément. On le voit parcourir dans l'espace de 25 ans, presque toute la gamme des affections arthritiques.

La notion étiologique elle-même nous montrant la variabilité extrême des causes provocatrices de l'accès est encore en faveur de cette théorie. Ces accès si différents par leur intensité et leur localisation principale différent encore, non seulement chez des individus

divers, mais aussi chez le même individu quand on considère la multiplicité des causes occasionnelles, odeurs, poussière, lumière, vive chaleur, émotion morale qui agissent tour à tour pour provoquer l'accès. N'est-ce pas là un des caractères des affections arthritiques que cette étiologie qui tantôt échappe à toute règle, tantôt se développe sous une influence toujours la même.

Son développement à l'âge adulte, sa fréquence dans l'aristocratie, en Angleterre et en Amérique, ses relations intimes avec la goutte, la migraine, etc., etc., sont autant d'arguments en faveur de la nature arthritique de la rhinite spasmodique.

Nous ne voulons pas, du reste, insister outre mesure, sur cette question aujourd'hui admise par le plus grand nombre et devenue classique, nous avons tenu seulement à signaler quelques particularités de nos observations intéressantes à ce point de vue.

Telles sont les principales théories qui ont été émises. Aucune d'elles ne suffit à elle seule, à expliquer les phénomènes, et nous avons vu les objections que l'on pouvait faire à chacune d'elles.

Pouvons-nous tenter d'expliquer d'une autre façon la production des phénomènes et déterminer s'il est possible la signification des accidents. Nous avons déjà démontré l'identité absolue des symptômes de l'asthme des foin et du coryza spasmodique.

Ces symptômes peuvent se réduire à trois princi-

paux : éternuement, larmolement, catarrhe nasal, auxquels on voit s'adjoindre quelquefois un quatrième, l'asthme. Les trois premiers sont manifestement d'ordre réflexe susceptibles d'être reproduits par des excitations mécaniques et pouvant tous les trois être provoqués par une irritation de la muqueuse nasale. (Molinié.)

A ce sujet nous rapporterons une particularité intéressante que nous avons observée chez la malade de notre obs. V... A la suite d'une légère cautérisation sur le cornet inférieur gauche, nous avons vu survenir presque immédiatement, une crise d'éternuements répétés avec catarrhe nasal très abondant, déman-gaisons oculaires et larmolement. Nous devons ajouter que ces phénomènes étaient limités à la narine gauche et à l'œil gauche, c'est-à-dire du côté où avait porté l'excitation.

Ne trouvons-nous pas là tous les caractères des phénomènes réflexes et cette excitation de la pituitaire, à laquelle répond une réaction limitée au côté traumatisé, nous semble être une démonstration de la nature réflexe des symptômes oculo-nasaux de la rhinite spasmodique.

Pouvons-nous faire également de l'asthme un phénomène réflexe, il nous serait difficile d'en donner la preuve évidente. Nous citerons cependant à l'appui de cette hypothèse l'opinion de physiologistes comme Fr. Franck qui voient dans l'asthme un spasme bronchique. Dans certains cas l'origine réflexe apparaît

nettement, je veux parler de ces asthmes à point de départ nasal dus à des polypes, ou éperon de la cloison et qui disparaissent avec la lésion.

Et ici nous insisterons sur le rôle du terrain sur lequel évolue l'affection, et nous aurons ainsi l'explication de phénomènes qui nous sembleraient incompréhensibles sans cette notion. Nous avons déjà observé plus haut que tous les malades atteints appartenaient à la diathèse neuro-arthritique. Or nous savons que les gens de cette catégorie sont extrêmement susceptibles à l'influence des agents irritants. C'est toujours chez eux que l'on relève les idiosyncrasies, et que l'on obtient des réactions en disproportion avec la cause qui les a provoquées. C'est chez eux que l'on rencontre cette susceptibilité aux odeurs, aux poussières au pollen, etc., etc., se traduisant par du coryza spasmodique ou de l'asthme des foins.

On sait que des causes différentes peuvent produire un effet analogue.

Et nous pouvons comprendre alors comment des causes multiples peuvent donner lieu à une réaction symptomatique identique, aboutissant dans les cas qui nous occupent à la rhinite spasmodique. Nous pouvons dire que les malades atteints d'asthme des foins sont des idiosyncrasiques quant au pollen, à la chaleur de même que dans le coryza spasmodique nous trouvons des idiosyncrasiques, en ce qui concerne le soufre, ou tout autre cause provocatrice. Et chez les arthritiques atteints d'asthme des foins, les réactions symptoma-

tiques sont fonction, non de l'étiologie mais de l'individu, et pour preuve de ce que nous avançons, nous citerons les cas de malades faisant du coryza spasmodique pendant l'année et de l'asthme des foins en été. Nous tirerons de ces considérations un dernier argument en faveur de l'identité des deux affections.

En terminant ce court exposé pathogénique, nous croyons pouvoir dire, tout en faisant jouer à l'arthritisme le rôle le plus important, que les réactions spasmodiques et catharrales qui caractérisent la rhinite spasmodique sont dues, dans la plupart des cas, à une hyperexcitabilité de la muqueuse nasale sous l'influence des odeurs, des poussières ou de toute autre cause.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la rhinite spasmodique est en général très simple. Les symptômes sont si nets qu'il nous semble difficile de commettre une erreur, au moins dans les cas un peu intenses. Quand la dyspnée asthmatiforme sera associée aux symptômes oculo-nasaux, l'erreur sera rendue ainsi plus difficile.

Cependant dans les cas légers, et au début, l'affection pourra être prise pour un simple coryza. Les éternuements, le catharre nasal, le larmolement existent dans les deux affections; et quoique plus intenses dans l'asthme des foin, il sera difficile à un esprit non prévenu de faire un diagnostic précis. On se basera aussi sur l'action de la lumière et de l'ombre qui provoquent une recrudescence ou une atténuation des symptômes. La durée du mal et la périodicité ne permettront pas d'hésiter lorsqu'on aura à faire à la rhino-bronchite annuelle.

Lorsque l'affection se borne aux déterminations oculaires, le diagnostic avec la conjonctivité catharrale devient très difficile. Les considérations tirées de l'époque de l'apparition des phénomènes locaux sont insuffisantes, il faut tenir compte seulement de la

résistance des lésions aux traitements locaux qui est en faveur de la rhinite spasmodique.

Les antécédents seront très utiles pour le diagnostic avec l'asthme vrai ; on se rappellera que dans la rhinobronchite la dyspnée est généralement précédée des symptômes oculo-nasaux.

Nous ne ferons pas le diagnostic avec les rhinites spasmodiques apériodiques, nous considérons ces deux affections comme étant de même nature, sujettes aux mêmes causes prédisposantes, ne différant que par leur périodicité.

PRONOSTIC

Le pronostic est essentiellement bénin. Dans aucun des auteurs que nous avons consultés nous n'avons trouvé un seul cas de mort imputable à la rhinite spasmodique. Le seul point désagréable, est la récurrence constante des attaques chaque fois que le malade s'expose aux influences qui les provoquent habituellement. Quelle que soit l'intensité des accès ils ne laissent pas après eux de lésions pulmonaires persistantes, ni de cardiopathies. Le pronostic éloigné est lui aussi bénin. La durée de la vie n'en paraît point abrégée, puisqu'on l'a rencontré chez des personnes qui ont dépassé quatre-vingts ans. Nous ne voulons point conclure cependant que la rhino-bronchite soit une affection absolument négligeable. Elle entraîne du malaise, de la souffrance, une gêne considérable, qui entrave les occupations du malade. Avec les progrès de l'âge d'une part et un traitement approprié, qui s'adresse à la fois à la diathèse et aux causes déterminantes les symptômes s'atténuent et on obtient une amélioration considérable.

COMPLICATIONS

Les complications de la rhinite-spasmodique soit dans la forme périodique, soit dans le type apériodique, sont rarement observées. L'exagération d'un symptôme peut quelquefois ressembler à une complication. Giffø, dans sa thèse, cite plusieurs cas où les symptômes oculaires avaient atteint une importance spéciale et réclamaient un traitement direct. Il faut signaler aussi du côté des oreilles de la salpingite amenant de la diminution de l'ouïe et des bourdonnements. Mais ces symptômes résultent de la propagation naturelle des lésions nasales à la trompe d'Eustache, présentent habituellement peu d'importance. Dans une observation de Guénau de Mussy les quintes de toux ayant présenté une violence exceptionnelle, il y eut de l'emphysème sous-cutané de la région cervicale gauche, qui n'eut du reste aucune suite fâcheuse.

Leflaive a noté une fois des palpitations, avec irrégularité du cœur pendant les accès d'asthme. Que devient la rhinite spasmodique pendant une maladie intercurrente? Il existe une seule observation où elle coïncide avec une fièvre typhoïde.

Le pronostic de la dothienenterie n'en fut point aggravé et l'asthme des foins évolua normalement.

Dans notre observation VI, M^{me} L... eut une pleurésie pendant son accès de rhinite spasmodique, et l'évolution des deux affections fut normale.

Cependant dans deux observations de Guénau de Mussy pendant une grossesse, on remarqua une aggravation. Dans le premier cas, il fallut saigner la malade, à cause des accidents dyspnéiques. Le soulagement fut immédiat. Nous devons dire toutefois que la maladie n'est point influencée habituellement par la grossesse. Dans deux de nos observations, nous relevons chez l'une de nos malades trois grossesses, chez l'autre une seule, et il n'y eut aucune complication. Nous pourrions citer beaucoup de cas semblables.

TRAITEMENT

Les différents moyens employés pour combattre les rhinites spasmodiques se sont toujours adressés à ce que les auteurs considéraient comme la cause de l'affection.

C'est dire qu'ils ont été variables suivant les différentes écoles.

Les partisans de la théorie pollinique n'eurent qu'un seul but, soustraire l'organisme à l'influence du pollen et proposèrent des moyens divers, l'obturation des narines, les voyages en mer.

Helmholtz, l'auteur de la théorie microbienne, combattait les accès, par des injections intra-nasales de quinine.

C'est à l'état général que s'adressa Guénau de Mussy et ceux qui le suivirent, le sulfate de quinine, les douches et les bains, furent mis en œuvre, quelquefois, avec succès.

En Angleterre certains médecins prônèrent le chlorure d'ammonium, la poudre de Ferrier, la pipe d'opium, etc., etc.

Toutefois lorsqu'on veut établir le traitement de la rhinite spasmodique, il faut se souvenir que l'étiologie

de cette affection est triple, qu'elle est sous l'influence de trois causes différentes, que nous aurons à combattre séparément. M. Lermoyez, dans son traité de thérapeutique des maladies des fosses nasales, a exposé ce traitement d'une façon claire et méthodique, nous lui ferons dans cette partie de notre travail de nombreux emprunts. Tenant compte des trois facteurs étiologiques suivants, arthritisme, lésion ou hypéréxcitabilité nasales, odeur, pollen ou tout autre cause, nous établirons le traitement de l'accès et la prophylaxie de cet accès, traitement palliatif et prophylactique.

TRAITEMENT PALLIATIF. — Il sera à la fois général et local. La médication interne donne peu de résultats en pleine crise.

L'antipyrine en trois doses de 1 gramme à demi-heure d'intervalles à atténué quelquefois les paroxysmes.

Dans la forme dyspnéique on emploiera la même médication que pour l'accès d'asthme ordinaire.

Teinture de belladone, cigarettes de datura, etc., etc.

Lermoyez a pu, dans quelques cas, enrayer l'accès annuel en prescrivant le sirop suivant :

Sulfate neutre d'atropine... 0^g005 milligr.

Sulfate de strychnine..... 0^g02 à 0^g04 centigr.

Sirop d'écorces d'oranges à. 400 grammes.

Une cuillerée à soupe à chacun des deux principaux repas.

Deux de nos malades ont été améliorés par le bro-

mure de sodium à la dose de 1 à 2 grammes par jour et l'acide arsénieux à la dose de 2 milligrammes par 24 heures.

1° L'action thérapeutique est plus efficace lorsqu'il s'agit du traitement local de l'accès. La cocaïne amène un soulagement instantané. Elle sera employée sous forme de poudre à priser au 1/20, soit en pulvérisations intra-nasales d'une solution au 1/100. Ce dernier mode d'administration de cocaïne est de beaucoup le plus actif. Elle présente cependant un inconvénient, son action n'est pas durable. La muqueuse nasale s'habitue très vite à la cocaïne, et pour produire les mêmes effets, le médecin se voit dans la nécessité d'augmenter rapidement les doses. Telle solution au 1/100 qui suffisait au début, ne produit plus aucun effet, la solution au 1/10 devient elle-même insuffisante et on voit apparaître les symptômes de l'intoxication par la cocaïne.

Bien plus, l'accès terminé, le malade renonce difficilement à la cocaïne et devient cocaïnomane.

Nous devons dire qu'on peut remplacer la cocaïne par des pulvérisations d'huile de vaseline ou à 1/50 (Molinié) d'huile mentholée 1/20, d'acide chromique en solution aqueuse à 1/3000. Toutefois, il faut reconnaître que ces agents sont moins actifs que la cocaïne.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Les indications du

traitement prophylactique doivent être tirées de la pathogénie. Ces indications sont de trois ordres :

1^o *Précautions hygiéniques.* — Elles ont pour objet de soustraire le malade aux causes déterminantes de l'accès et sont variables selon que l'on a affaire au type apériodique ou au type périodique.

Dans la forme apériodique, la prophylaxie de la cause déterminante est relativement facile. Le malade sait en général très bien sous quelle influence se produisent les attaques. La plupart du temps il est aisé de s'y soustraire, il lui est facile d'éviter de sentir des poudres irritantes ou des odeurs dont il connaît l'influence nocive.

Dans la forme périodique, nous nous trouvons en présence de difficultés presque insurmontables. Autant il est facile dans le type précédent d'éviter de respirer de la poudre de lycopode, par exemple, autant il est difficile de se soustraire à l'influence du pollen, à l'influence des rayons solaires un peu intenses, et les moyens qu'on a proposés sont incompatibles pour la plupart avec nos habitudes sociales et les occupations des malades. Les Américains recommandent, quand survient la période dangereuse, de fuir la campagne, de faire de longs voyages en mer. Il faut éviter de sortir au moment le plus chaud de la journée et lorsqu'il vente, et si l'on est obligé de sortir, porter des verres fumés. On a conseillé aussi de mettre des tampons d'ouate à l'intérieur des narines, des pul-

vérisations intranasales d'huile de vaseline qui forme sur la pituitaire un enduit isolant. On doit en général rechercher l'ombre et la fraîcheur, et les exemples ne sont pas rares de malades qui ont passé des semaines entières dans une cave pour éviter l'accès.

2° *Traitement diathésique.* — Sans partager absolument l'opinion des auteurs qui proposent de laisser au second plan toute médication s'adressant plus ou moins directement aux symptômes de la maladie, pour diriger tous les efforts thérapeutiques contre la diathèse, nous n'en pensons pas moins que le traitement général doit tenir le premier rang. C'est, en effet, en luttant contre la cause prédisposante, c'est en cherchant à modifier le terrain arthritique, qui est le principal facteur étiologique de la rhinite spasmodique, que le médecin fera œuvre utile. Ainsi, il préviendra ou atténuera les symptômes, puisque dans certains cas la cause déterminante échappe à son action. C'est au régime et aux modificateurs ordinaires de l'arthritisme qu'il aura recours. L'exercice corporel, l'hydrothérapie, les alcalins, le sulfate de quinine à petites doses d'une part; les médicaments antinervins, en particulier le valérianate de zinc, d'autre part, ont donné de bons résultats.

Le traitement thermal a produit de bons effets : on conseillera aux malades les eaux arsénicales, (la Bourboule, le Mont-Dore) ou alcalines (Royat, Ems).

Toutefois, on sait avec quelles difficultés on arrive à modifier un état diasthésique et ce serait une illusion que d'espérer arriver à un résultat rapide et complet. C'est pourquoi il convient de suivre avec persévérance cette médication des neuro-arthritiques et savoir se contenter d'une amélioration lorsqu'on ne peut obtenir la guérison. L'affection, du reste, est d'un pronostic bénin et ne menace pas la vie du malade.

TRAITEMENT NASAL. — Nous arrivons au traitement de la rhinite spasmodique par les moyens chirurgicaux. Il a soulevé dès le début de vives protestations, des polémiques violentes se sont engagées sur ce sujet, nous devons dire que s'il ne mérite pas entièrement la faveur dont il a été l'objet de la part des uns, il est loin de justifier la réprobation qu'il a soulevée chez quelques autres. C'est un adjuvant utile dans la thérapeutique de l'affection qui nous occupe ; bien dirigé, il a rendu d'importants services.

Cependant, il ne faut pas demander au traitement nasal plus qu'il ne peut donner, il ne faut pas en faire le traitement unique des rhinites spasmodiques à l'exclusion des autres. C'est pour n'avoir pas su se maintenir dans de sages limites que certains auteurs ont été entraînés trop loin et ont provoqué contre la méthode une réaction aussi injuste qu'exagérée.

Il faut considérer trois cas :

1° *Il existe une lésion nasale apparente.* — Sup-

primer la lésion nasale, tel est le but qu'on devra se proposer. Polypes, éperons de la cloison, rhinite hypertrophique seront traités par les moyens ordinaires et, dans un certain nombre de cas, on obtiendra soit la guérison complète, soit une diminution notable du nombre des crises, et une amélioration parfois très sensible des symptômes. Ces cas sont généralement les plus favorables ;

2° Il n'existe pas de lésion nasale, mais l'examen au stylet révèle sur la muqueuse des zones œsthésiogènes. Le contact en ces points provoque des éternuements. — On devra modifier la pituitaire soit avec des caustiques chimiques, soit au galvanocautère et détruire ces zones hyperesthésiques ;

3° Il n'existe ni lésion nasale ni zone hyperesthésique. — C'est ici que l'accord est loin d'être fait. Molinié a publié le résultat de recherches faites avec beaucoup de soin par Garel de Lyon ; de ces recherches, il résulte ceci que dans un certain nombre de cas où l'intégrité absolue des fosses nasales avait été constatée, on avait réussi par des cautérisations à supprimer l'accès annuel de rhume des foins. Sur 23 cas d'asthme d'été de cet ordre, il a eu 3 guérisons et 5 améliorations durables, 5 améliorations passagères, 2 résultats nuls et 8 inconnus. Sur 15 cas de rhinite spasmodique apériodique, il a obtenu 3 guérisons, 5 améliorations durables, 1 passagère, 1 résultat nul, 5 inconnus.

Cette statistique repose, il est vrai, sur un nombre de cas assez restreint, il est cependant bon de faire remarquer les résultats favorables de cette thérapeutique, même dans le cas où elle semble le moins indiquée. Les cautérisations employées ont été superficielles et ont porté sur toute l'étendue du cornet inférieur. On peut employer soit le procédé de Hack ou le procédé de Sajous. Dans le premier de ces procédés, on pratique une cautérisation ignée sur le cornet inférieur seul. Cette cautérisation doit être superficielle.

Au galvanocautère, Sajous substitue les substances chimiques, afin de faire la cautérisation sur une plus grande étendue et agir sur les portions des fosses nasales traversées par le courant d'air. Ce procédé est moins effrayant pour le malade, en réalité il est plus douloureux et provoque une vive réaction. Sajous donne la préférence à l'acide acétique cristallisable pur, dont la causticité n'est pas excessive. Comme tous les acides, il arrête les mouvements des cils vibratiles et annule pour quelque temps les fonctions physiologiques des nerfs, en détruisant les filets terminaux.

Ces cautérisations, même au galvanocautère, sont sans danger ; elles devront cependant être faites avec prudence, car chez les individus atteints de rhinite spasmodique, les réactions sont quelquefois d'une violence inattendue.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. (Personnelle.)

M^{me} L..., âgée de 45 ans.

Père et mère très rhumatisants.

Une sœur de la malade est sujette à l'eczéma, a des accès d'asthme et du rhumatisme chronique.

M^{me} L... n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu, mais depuis quinze ans environ, elle éprouve très souvent des douleurs articulaires. Depuis 10 ans, elle a de l'acné rosée très marquée du nez et des joues.

La première attaque de rhume des foins remonte à 15 ans ; depuis, elle a tous les ans une crise qui se produit de la même manière, et sans modification dans les symptômes. Le début a lieu vers le 20 mai, par des éternuements qui se répètent 20 et 30 fois de suite, sans que tous ses efforts puissent parvenir à les arrêter. Ces éternuements se reproduisent pendant les deux ou trois heures que dure l'accès.

Dès démangeaisons nasales et oculaires très vives les précèdent et les accompagnent. Bientôt survient un catarrhe nasal abondant et du larmolement. M^{me} L... n'a jamais eu de phénomènes dyspnéiques. Après deux ou trois heures les symptômes disparaissent brusquement, pour reparaitre le soir ou dans la journée. Les accès surviennent plus volontiers le matin pendant que la malade fait son ménage, qu'elle remue un lit défait, ou soulève la poussière des balayures. Si elle s'expose aux rayons

du soleil, l'accès se produit également, l'ombre et l'obscurité la soulagent rapidement.

M^{me} L... va à la campagne tous les dimanches, elle a remarqué que les symptômes étaient plus accusés qu'à Paris.

Elle supporte sans aucun inconvénient l'odeur et la fumée du tabac à toute autre époque de l'année ; pendant toute la durée de son accès annuel, la fumée de tabac provoque des crises, bien plus, il lui est impossible de pénétrer dans une pièce, un compartiment de chemin de fer, où l'on a fumé, sans voir aussitôt apparaître l'accès. Les autres odeurs, pourvu qu'elles soient un peu fortes, l'influencent, quoique à un degré moindre.

Les accès ont lieu régulièrement le matin, et quelquefois dans la journée et le soir, du 20 mai au 10 juillet environ.

M^{me} L... a eu trois grossesses qui ont évolué normalement et n'ont modifié en rien ses attaques d'asthme des foins.

Elle a subi pendant trois ans un traitement nasal, cautérisations des cornets inférieurs. A la suite de ce traitement, la longueur et l'intensité des accès ont diminué ; leur fréquence est restée la même.

A la rhinoscopie on constate :

N. D. Hyp. cornet inf.

N. G. Hyp. leg. C. I. G.

Respiration nasale facile.

Rien au poumon.

OBSERVATION II. (Personnelle.)

M. de B..., 35 ans (Paris).

Grand-père très migraineux.

Père goutteux. Mère asthmatique.

Lui-même est très nerveux, très sujet aux corysas, surtout en hiver. M. de B. a été pris pour la première fois dans son enfance ; les accès bien que très courts à ce moment là, présentaient les symptômes classiques de l'asthme des foin. Eternuements, catarrhe oculaire et nasal et démangeaisons, il avait même des accès d'oppression très courts.

C'est à 22 ans que l'affection a atteint son maximum d'intensité. Les attaques ont lieu du 15 mai au 1^{er} juillet.

M. de B. vient consulter le 9 juin 1897. Les symptômes sont les mêmes, mais avec une intensité moindre, surtout en ce qui concerne l'asthme.

Le malade a fait déjà plusieurs saisons au Mont-Dore, où il va régulièrement depuis dix ans.

Actuellement, il présente des crises d'éternuements avec rhinorrhée, larmolements et démangeaisons.

S'il séjourne dans une température uniforme, les attaques ne se présentent pas, mais s'il change de milieu elles surviennent aussitôt.

L'influence de la lumière solaire est très nette chez notre malade ; il est obligé de porter des verres fumés pour obtenir un soulagement.

Un voyage en chemin de fer, l'odeur d'un champ de foin, la traversée d'un champ planté de seigle en fleur, sont autant de causes provocatrices agissant au même titre.

Examen du nez. Muqueuse pâle.

Hypertrophie légère, surtout à l'extrémité postérieure des cornets inférieurs.

Traitement. Injection d'huile mentholée 1/50 dans chaque narine, deux fois par jour.

Na Br. 1 gr. par jour.

Na I. 0 gr. 50.

Acide arsénieux, 2 milligrammes.

Carbonate de Lithine, 20 centigrammes.

Cautérisations.

OBSERVATION III. (Personnelle.)

M. B..., 14 ans.

Grand-père rhumatisant. Grand'mère asthmatique. Père eczémateux.

Le début de l'asthme des foins remonte à 5 ans, M. B... avait alors 9 ans. Il fut pris au mois de mai de démangeaisons suivies d'éternuements, de catarrhe nasal et oculaire, sans toux, ni asthme.

Les crises surviennent habituellement une fois par jour, de mai à septembre, elles présentent toujours les mêmes caractères.

L'état général est très bon.

A l'examen du nez on constate :

Un éperon de la cloison dans la narine gauche. Muqueuse gonflée.

Atrésie des deux narines.

Dans le rhino-pharynx, quelques légères végétations adénoïdes.

Traitement général.

Cautérisations.

OBSERVATION IV. (Personnelle.)

M. D..., 34 ans (Paris).

Depuis dix ans, et à toute époque de l'année, le moindre refroidissement, ou toute autre cause, provoque chez lui des éternuements répétés, accompagnés de démangeaisons nasales et oculaires, avec écoulement nasal limpide et clair comme de l'eau. Les accès sont très fréquents; M. D... a subi au début,

un traitement par des cautérisations de la muqueuse nasale. Il a été très amélioré à la suite et a pu un instant se croire guéri. Il se bornait simplement, ces dernières années, à s'introduire deux fois par jour dans le nez, un peu de vaseline boriquée. L'année dernière, se considérant comme guéri, les accès n'ayant pas reparu depuis plusieurs semaines, il cesse tout traitement.

M. D... a été repris en février 1896, les crises étaient redevenues aussi fréquentes et aussi intenses.

Il consulte alors un rhinologiste qui pratique des cautérisations et obtient une amélioration des symptômes.

Une seconde fois le malade cesse le traitement.

Il vient consulter le 11 août et on constate les faits suivants :

Matin et soir, crises d'éternuements suivis de catarrhe et de démangeaisons. Sensation d'obstruction nasale et chatouillements de la muqueuse,

Pas de céphalalgie. Sommeil tranquille Rien au pharynx et aux poumons.

OBSERVATION V. (Personnelle.)

M^{lle} A... , 30 ans.

Rien de précis sur les antécédents héréditaires.

La malade a assez fréquemment de la migraine et des maux de tête. Le début de l'affection remonte à cinq ans, et l'accès évolue de la façon suivante : le soir quelquefois, mais plus volontiers le matin au saut du lit, M^{lle} A... est prise de démangeaisons oculaires et nasales, suivies bientôt d'éternuements incoercibles, 20 et 25 de suite. Après quelques instants, elle voit apparaître un catarrhe nasal, abondant, limpide, et du larmolement. Elle éprouve en même temps de l'enchifrènement, mais jamais d'oppression et de dyspnée. La durée de la crise

est de deux heures environ, et comme toujours elle cesse brusquement. Ces accès ne révèlent pas le type périodique, ils ont lieu à n'importe quel moment de l'année ; à noter cependant qu'ils subissent une recrudescence en mai et juin. Les symptômes sont exaspérés par les rayons solaires ardents, et très atténués par le séjour à l'ombre. M^{lle} A... voit quelquefois disparaître les accès pendant un mois et plus, puis ils reparaissent sans qu'elle puisse en dire la cause. Elle ignore également quelle est l'influence provocatrice des accès.

A l'examen des fosses nasales, on note de l'hypertrophie assez accusée des cornets inférieurs.

7 juin. Cautérisation C. I. G.

Aussitôt après la cautérisation; crises d'éternuements, rhinorrhée abondante, larmolement limité à l'œil gauche et à la narine gauche, siège de la cautérisation.

OBSERVATION VI (personnelle).

M^{me} L..., 40 ans, vient consulter le 25 mai 1897.

A l'âge de 25 ans, en mai, après un refroidissement, M^{me} L... fut prise d'éternuements répétés, suivis de catarrhe nasal et oculaire. Tous les ans, à la même époque, apparition des mêmes symptômes. Depuis 5 ans, les phénomènes oculo-nasaux, ont été accompagnés d'accès d'asthme, et M^{me} L... a remarqué que lorsque les phénomènes dyspnéiques avaient plus d'intensité, les signes oculo-nasaux, avaient moins d'importance. La malade a habité Lyon. Dans cette ville où le climat est plus humide, les attaques étaient beaucoup plus fortes qu'à Paris, surtout l'asthme. Depuis son retour à Paris, l'asthme a disparu. A la ménopause, M^{me} L... vit apparaître un eczéma ; elle constata alors une diminution des accès.

L'accès a manqué une année, pendant un séjour que la malade fit à Reims. A la campagne, les crises d'éternuements dominent la scène.

M^{me} L... ne tousse jamais en dehors de son attaque annuelle ; à ce moment là elle tousse légèrement.

En 1891, après un accouchement, étant au lit et en période d'asthme des foins, la malade eût une pleurésie. Les deux affections évoluèrent normalement.

La respiration nasale est facile en temps ordinaire. Pendant les accès, elle devient pénible et difficile.

Nez. Muqueuse rouge. CI légèrement hypertrophiées. Méat libre. Vue pendant un accès. Muqueuse rouge et injectée. Au niveau des cornets inférieurs, la muqueuse est si turgescente, qu'elle obstrue presque complètement la narine.

Traitement général et local.

OBSERVATION VII (personnelle).

M^{lle} F..., 16 ans.

Les antécédents héréditaires paternels ne présentent aucun intérêt.

Sa mère est très rhumatisante.

M^{lle} F... a été prise, pour la première fois l'année dernière, dans la deuxième quinzaine de mai.

L'affection débuta par des démangeaisons, des picotements continus dans le nez et les yeux, suivis bientôt d'éternuements répétés, de catarrhe nasal et oculaire. Les crises durent environ deux ou trois heures, et surviennent habituellement le matin et le soir vers 5 heures.

M^{lle} F... a constaté que pendant ses crises la respiration nasale était difficile, mais d'un seul côté seulement, tantôt à

droite, tantôt à gauche. L'intensité des accès est plus considérable lorsqu'ils se produisent au soleil; le séjour à la campagne, n'exerce aucune influence et la malade y est aussi bien qu'à Paris.

La première attaque dura jusqu'à fin juin.

M^{lle} F... est reprise depuis trois semaines environ, et vient consulter le 12 juin 1897. Les symptômes sont les mêmes, que l'année précédente et pas plus accusés. Pas de dyspnée asthmatiforme.

A l'examen du nez, on constate les lésions suivantes :

N. D. Hypertrophie légère du cornet inférieur ;

N. G. Hypertrophie du cornet inférieur. En dehors des crises, respiration nasale facile.

M^{lle} F... est soumise au traitement :

Cautérisations au galvanocautère, limitées aux cornets inférieurs.

Injection deux fois par jour dans chaque narine, d'un demi-centimètre cube environ d'huile mentholée à 1/50.

Na I 50 centigrammes par jour.

Na Br 1 gramme

Et deux pilules par jour contenant chacune un milligramme d'acide arsénieux et dix centigrammes de carbonate de Lithine.

OBSERVATION VIII.

(Cette observation et les suivantes sont dues à l'obligeance de M. le docteur Montcorgé du Mont-Dore.)

M. P., Saint-Etienne, 43 ans. Antécédents héréditaires herpétiques : son père et son grand-père ont eu de l'eczéma.

Antécédents personnels. Il y a 15 ans, douleurs rhumatismales. Il y a 10 ans, eczéma qui apparut en deux poussées suc-

cessives de deux mois chacune. Depuis 7 ans, coryzas suraigus fréquents et crises d'éternuements au mois de juin, lorsque celui-ci est chaud. Lorsque ce même mois est humide, ces crises ne se produisent pas.

Il y a 4 ans, phénomènes asthmatiques francs, survenant presque à heure fixe vers le soir, et durant une partie de la nuit. Depuis un an les crises asthmatiques surviennent plus volontiers le matin. Au début de chaque crise, il y a une série d'éternuements et de la démangeaison dans les yeux.

Ces crises d'asthme de symptomatologie classique, surviennent aussi bien en hiver qu'en été, sans cause apparente. La plus longue a duré deux jours.

Emphysème surtout marqué à droite. Rien dans le nez.

OBSERVATION IX. *Ibid.*

M^{me} J... (Angers) 26 ans. Pas d'antécédents héréditaires caractéristiques. Antécédents personnels : Migraines, névralgies intercostales gauche dans l'enfance, eczéma aux jambes il y a 4 ans, qui dure 6 mois. Depuis une rougeole faite à l'âge de 16 ans, a conservé une tendance aux rhumes avec phénomènes asthmatiformes. Ces mêmes phénomènes provoqués surtout en hiver par les rhumes sont également amenés en n'importe quelle saison par certaines odeurs, telles que soufre et odeurs du chanvre (M^{me} J... habite près d'une filature de chanvre). Il se produit alors des éternuements répétés 10, 15, 20, de l'écoulement nasal, de la dyspnée, et presque aussitôt des sibilances qu'elle entend elle-même et que son entourage peut entendre aussi. Le rire provoque souvent les mêmes phénomènes sauf la sternutation et l'écoulement nasal. Les crises provoquées par les odeurs du soufre et de chanvre sont courtes

habituellement. Celles qui viennent sans cause appréciable, et qui se font aussi bien le jour que la nuit, sont beaucoup plus longues sans avoir toutefois dépassé une semaine.

Vue au Mont-Dore en 1890 (juillet). Revient en août 92. Est restée 18 mois sans avoir de crises d'asthme : mais a continué à éternuer très souvent, sans écoulement nasal, sans dyspnée. Revue en juin 93. Est toujours sensible aux odeurs, mais qui ne provoquent que de la sternutation.

Pas de crises d'asthme. A eu pendant l'hiver quelques douleurs rhumatismales avec œdème de l'index et du médius droit.

Revient en 1894 après une forte crise d'asthme qui a duré 15 jours, et qui s'est faite en juin à la fenaison. Elle a débuté en plein jour par des éternuements, écoulement nasal, démangeaison des yeux, puis le catharre s'est installé presque aussitôt.

Emphysème très accusé des deux côtés. Nez normal. La muqueuse des cornets, rougit et se vascularise rapidement au contact du stylet.

OBSERVATION X. *Ibid.*

M. J... (Lyon) 19 ans. Père asthmatique.

En hiver 88-89, bronchite assez longue. Pendant l'hiver 90 au mois de janvier début des accès d'asthme qui durent de 20 minutes à une demi-heure. Ils surviennent le matin ou le soir, jamais dans la nuit ; il y en a trois ou quatre par semaine. Toutes les crises débutent par des éternuements répétés, de la démangeaison du nez et des yeux, puis surviennent la dyspnée et les sibilances. Quelquefois tout se borne à de la sternutation et à de la démangeaison sans dyspnée ni catarrhe. Très rare-

ment la crise d'asthme survient sans prodromes nasaux, lorsque le malade court par exemple, ou se livre à un violent effort des bras. Parfois et cela depuis quelques mois, il a de la rhinorrhée alternante de l'une à l'autre narine. Cela survient sans cause appréciable ; sans éternuements ni démangeaisons.

Vient au Mont-Dore le 27 juillet 91. Dans la nuit du 7 au 8 juillet, violente colique hépatique ; ictère, douleur à l'épaule gauche, etc. On fait une piqûre de morphine. M. S... m'apprend que depuis deux ans il a eu une dizaine de coliques hépatiques petites ou grandes. Emphysème. Muqueuse nasale très rouge.

OBSERVATION XI. *Ibid.*

M. J... (Paris), 40 ans.

Père goutteux, mère très migraineuse.

Dès son enfance, a facilement réagi sous forme sternutatoire, aux odeurs de balayures, à l'odeur « des lits à faire » le matin. A toujours été très rhumatisante, sans avoir jamais de rhumatisme articulaire aigu franc. Depuis 20 ans, la susceptibilité nasale s'accroît. Toute odeur, quelle qu'elle soit, pourvu qu'elle soit un peu forte, amène des éternuements, de la démangeaison dans les yeux et le nez, de l'oppression. L'odeur des foin est dans le nombre. Les autres odeurs les plus habituellement provocatrices, sont le soufre, la graisse brûlée, le vernis, certains parfums de toilette, etc. Les crises viennent aussi bien en hiver qu'en été et obéissent immédiatement à l'agent causal. Chaque mois de juin M^{me} V..., qui habite près du Bois de Boulogne, a son asthme des foin. Toutes ces crises sont courtes, mais de répétition facile.

En outre, M^{me} V..., depuis une quinzaine d'années a eu

une dizaine de crises d'asthme nocturnes, classiques, sans prodromes nasaux. Ces crises ont duré trois ou quatre jours.

Vient au Mont-Dore en juillet 1891. On constate de l'emphysème assez marqué, sans râles. La muqueuse nasale est rosée avec des stries rouges. Double éperon léger gauche et droit. Narines larges, respiration nasale facile. En entrant dans les salles d'aspiration Mont-Doriennes (air chaud) et en sortant (air froid). M^{me} V... a chaque fois une dizaine d'éternuements avec légère démangeaison nasale.

Revue en juillet 1892. A passé un excellent hiver. En juin n'a pas fait de rhume des foins. Le soufre, le lainage, le vernis, provoquent encore des éternuements, mais sans écoulement nasal et sans dyspnée. A eu pendant un mois du rhumatisme sternal.

(OBSERVATION XII. *Ibid.*

M. B... (Villefranche-s.-Saône), 16 ans.

Mère migraineuse. Rougeole à 14 mois. Fièvre catarrhale à 5 ans. Depuis 7 ans, eczéma aux deux jambes en hiver, qui disparaît au printemps. Depuis la même époque, asthme des foins à crises subintrantes qui se font pendant la plus grande partie du mois de juin. Vient au Mont-Dore le 30 juillet 1893.

Cette année par exception, l'eczéma qui habituellement avait complètement disparu, au mois de mai, persiste encore. Les crises d'asthme de juin ont été beaucoup moins fortes. A son arrivée on constate de l'emphysème avec quelques sibilances musicales. Eczéma des deux jambes depuis le genou jusqu'au pied, épais, très résistant.

Muqueuse nasale normale.

Revu en août 1894. L'eczéma a été très marqué en hiver. Il a commencé à sécher en avril, pour disparaître presque complètement au milieu de mai. En juin, rhinite spasmodique avec écoulement nasal, mais sans oppression (forme oculo-nasale).

Au commencement de juillet, rhino-bronchite spasmodique pendant une dizaine de jours, avec dyspnée faible, mais catarrhe assez abondant.

En dehors des foins, M. B... n'a jamais de crises d'éternuements.

OBSERVATION XIII. *Ibid.*

M^{lle} M... (Chalon-s.-Saône), 35 ans.

Antécédents héréditaires asthmatiques chez les parents et les grands-parents. Bonne santé jusqu'à l'âge de 20 ans. Depuis a pris des bronchites en hiver. Première crise d'asthme à l'âge de 27 ans, due à l'odeur du soufre. A eu en tout une dizaine de crises, provoquées les unes par le soufre ou des fumées, les autres par des colères ou des émotions violentes.

Les premières débutent par une série d'éternuements, avec démangeaisons violentes, nasales et oculaires, écoulement nasal, puis dyspnée. La période catarrhale qui suit, dure environ une semaine. Les crises dues aux colères ou émotions, se bornent à une violente dyspnée avec sibilances aiguës, et durent 20 minutes à une demi-heure.

Vient au Mont-Dore en 1891. On constate de l'emphysème. Nez, cornet moyen gauche, gros, polypoïde.

Revue en août 1892. En février, à la suite d'une fumée de cheminée, a pris immédiatement une crise d'asthme qui a duré quatre jours.

OBSERVATION XIV. (*Ibid.*)

M. A... Avignon, 24 ans. Grand-père asthmatique. Mère très neurasthénique. Lui-même est très nerveux ; irritabilité, obsessions, tendances impulsives.

Bronchite à l'âge de 8 ans. Depuis une douzaine d'années éternue très facilement (5, 8, 10 fois) au soleil, au saut du lit, sous l'influence de la poussière agitée ; écoulement nasal, tantôt unilatéral, tantôt bilatéral, démangeaison oculaire et sensation d'expression.

Jamais de dyspnée franche, ni de phénomènes catarrhaux à la suite.

Depuis 4 ans fait au moment des foins de la rhino-bronchite spasmodique pendant une huitaine de jours. Alors outre les réactions nasales, il a une dyspnée continue sans être vive, léger état catarrhal. Poumons et nez normaux.

OBSERVATION XV. (*Ibid.*)

M. D... (TroYES), cultivateur, 26 ans.

Antécédents héréditaires rhumatismaux.

Depuis très longtemps, crises d'éternûments, et rhinorrhée légère, au soleil, par les poussières quelconques, mais sans oppression.

A l'âge de 12, 13 ans, les éclats de rire amenaient quelquefois de la dyspnée et des sibilances. Depuis six ans, eczéma sec des deux jambes. Depuis deux ans, après une fièvre typhoïde, crises d'asthme fréquentes, nocturnes, (classiques) d'intensité et de durée variables. En hiver l'eczéma subit quel-

quefois des poussées; alors l'asthme n'apparaît pas, et ne revient qu'après rétrocession de l'eczéma.

Vient faire une saison au Mont-Doré en août 1895 après une violente crise dont la phase catarrhale persiste depuis 3 semaines.

Emphysème, sibilances aiguës. Nez normal. Léger eczéma sec à la partie externe des jambes, surtout à droite.

OBSERVATION XVI. (*Ibid.*)

M. G... (Trevoux), 58 ans.

Antécédents névropathiques. A l'âge de 29 ans a eu des coliques hépatiques violentes. De 32 à 44 ans asthme des foins (forme dyspnéique, rhino bronchitique, tous les ans au mois de juin).

De 44 à 47 ans nouvelles attaques de coliques hépatiques. Cessation des rhino-bronchites spasmodiques. A 53 ans poussée d'eczéma dans les aisselles et aux jambes. Vient au Mont-Doré en août 1895. Depuis un mois à presque toutes les nuits des phénomènes asthmatiformes, avec quintes de toux, reprises inspiratoires coqueluchoïdes. A son arrivée, on constate des râles de bronchite à tonalité aiguë.

OBSERVATION XVII. (*Ibid.*)

M^{me} D... Mâcon, 33 ans. Sa mère a eu fréquemment de l'urticaire. Elle-même en a eu deux fois et éprouve de fréquentes démangeaisons de la peau. Très neurasthénique (forme cérébro-spinale).

Asthmatique depuis l'âge de 20 ans; a eu des crises noc -

turnes caractérisées, classiques. A eu, en outre, assez souvent, le matin au saut du lit ou sous l'influence de la poussière des balayures, des crises d'éternuements (15, 20 fois de suite) avec démangeaisons nasales et oculaires, rhinorrhée, larmolement, dyspnée légère et sibilances. Ces accès durent peu ; moins que les crises nocturnes. Il y a 8 ans, a été opérée de polypes nasaux, sans profit pour son asthme nasal et son asthme nocturne.

Vue en juin 1896. Emphysème. Nez normal : sans polypes.

OBSERVATION XVIII. *Ibid.*

M^{me} C... Lyon, 54 ans. Antécédents personnels gouteux. Son fils a de l'eczéma.

A l'âge de 30 ans, a eu des coliques hépatiques pendant quelques mois

Asthmatique depuis six ans ; prend des crises presque toutes les nuits, vers 3 ou 4 heures du matin, assez fortes et qui durent quelques heures. Dans la journée, reprend facilement des crises si elle s'endort une heure environ ; si elle ne dort pas, l'accès ne se produit pas. En outre, assez souvent dans la journée, sans cause appréciable, prend des accès sternutants, avec démangeaisons oculaires et nasales, rhinorrhée légère, bilatérale, sans dyspnée ni sibilances.

OBSERVATION XIX. *Ibid.*

M. M... (Besançon), 48 ans. Très rhumatisant. Sciatique à 40 ans. Depuis 3 ans, bronchite en hiver avec crises d'oppression. Toutes les fois qu'il change ses habitudes (par voyage,

excès de travail, de table) est sûr le lendemain matin, au saut du lit, d'avoir une crise d'éternuements (25, 30 fois de suite) avec rhinorrhée légère, sans dyspnée appréciable.

OBSERVATION XX

(Obs. IV, thèse de Molinié.)

M. Gall..., 30 ans, droguiste.

N'accuse d'autre maladie qu'un coryza chronique dont le début remonte à dix ans environ. Le coryza spasmodique est de date plus récente. Au mois de juin 1890, il y a deux ans, par conséquent, recevant un envoi considérable de roses de Provins (500 kilog. environ), il fut pris au déballage, bien que ne prenant pas part à cette opération, d'accès d'éternuements, de coryza aigu d'une intensité considérable. Pendant tout le temps qu'a duré la manipulation des roses fraîches, les accès se sont reproduits. L'année suivante, mêmes symptômes à l'occasion de la même cause.

En 1892, il a été obligé d'abandonner le magasin pendant la préparation des roses. En dehors de cette circonstance, pas de coryza spasmodique.

Examen : Hypertrophie des cornets inférieurs, surtout à gauche.

CONCLUSIONS

1° La rhinite spasmodique périodique (asthme des foins) et la rhinite spasmodique apériodique (coryzas spasmodiques) sont des affections identiques et se manifestent par le même ensemble de symptômes ;

2° La périodicité n'a aucune valeur pathognomonique ;

3° Ces deux affections qui présentent la même symptomatologie sont aussi de même nature. Elles sont soumises à la même étiologie, et relèvent de la même pathogénie ;

4° Le traitement sera, à la fois, local et général. Il tendra à modifier la diathèse et à diminuer l'excitabilité de la muqueuse nasale.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
GRANCHER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

H. Jouve, imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris.



